

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1288

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel MAILLE

Né le 15 Juin 1912, à VINÇA (Pyrénées-Orientales)

**Sur un cas de tumeur mixte
des glandes salivaires jugales**

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

1288

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Marcel MAILLE

Né le 15 Juin 1912, à VINÇA (Pyrénées-Orientales)

Sur un cas de tumeur mixte
des glandes salivaires jugales

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — Professeurs

Anatomie	.....
Physiologie	.....
Physique médicale	.....
Chimie médicale	.....
Bactériologie	.....
Parasitologie et histoire naturelle médicale	.....
Pathologie médicale et générale	.....
Pathologie médicale	.....
Pathologie chirurgicale	.....
Anatomie pathologique	.....
Histologie	.....
Pharmacologie et matière médicale	.....
Thérapeutique	.....
Hygiène et médecine préventive	.....
Médecine légale	.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie	.....
Pathologie expérimentale et comparée	.....
Hydrologie thérapeutique et climatologie	.....
Clinique médicale	.....
Hygiène et clinique de la première enfance	.....
Clinique des maladies des enfants	.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	.....
Clinique des maladies du système nerveux	.....
Clinique des maladies infectieuses	.....
Clinique chirurgicale	.....
Clinique ophtalmologique	.....
Clinique urologique	.....
Clinique d'accouchements	.....
Clinique gynécologique	.....
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	.....
Clinique thérapeutique médicale	.....
Clinique oto-rhino-laryngologique	.....
Clinique thérapeutique chirurgicale	.....
Clinique propédeutique	.....
Clinique de la Tuberculose	.....
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	.....
Clinique de neuro-chirurgie	.....
Clinique cardiologie	.....
Assistance médico-sociale	.....

Professeurs sans chaire

MM.
ROUVIERE.
Léon BINET.
STROHL.
POLONOVSKI.
Robert DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
ABRAMI.
MONDOR.
LEROUX.
CHAMPY.
TIFFENEAU.
HARVIER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL.
LAVASTINE.
FIESSINGER.
CHIRAY.
LOEPER.
CARNOT.
Marcel LABBE.
CLERC.
LEREBoullet.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.
CUNEO.
GOSSET.
GREGOIRE.
LENORMANT.
TERRIEN.
CHEVASSU.
LEVY-SOLAL.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
MOCQUOT.
OMBREDANNE.
RATHERY.
LEMAITRE.
Pierre DUVAL.
VILLARET.
TROISIER.
MATHIEU.
Clovis VINCENT.
LAUBRY.
N...
HAZARD.
HOVELACQUE.
MULON.
OLIVIER.
SANNIE.
VERNE.



II. — Agrégés en exercice

MM.	
AMELINE	 Pathologie chirurgicale.
BARIETY	 Pathologie médicale.
BENARD Henri	 Pathologie médicale.
BERNARD Et.	 Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	 Hydrologie.
BOULIN	 Pathologie médicale.
BULLIARD	 Histologie.
CATHALA	 Pathologie médicale.
COSTE	 Pathologie médicale.
CHEVALLIER	 Pathologie médicale.
DOGNON	 Physiologie.
FUNCK-	 Pathologie chirurgicale.
FEY	 Urologie.
GAILLARD	 Parasitologie.
GASTINEL	 Bactériologie.

MM.	
DE GAUDART	.....
D'ALLAINES	 Pathologie chirurgicale.
GAYET	 Physiologie.
DE GENNES	 Pathologie médicale.
GIROUD	 Histologie.
HAGUENAU	 Pathologie médicale.
HALPHEN	 Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	 Anatomie pathologique.
JOANNON	 Hygiène.
LACOMME	 Obstétrique.
LANTUEJOUL	 Obstétrique.
LAROCHE Guy.	 Pathologie médicale.
LAVIER	 Parasitologie.
LELONG	 Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
LE LORIER ...	Obstétrique.
SCHWARTZ ...	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT..	
SEZARY	

MM.

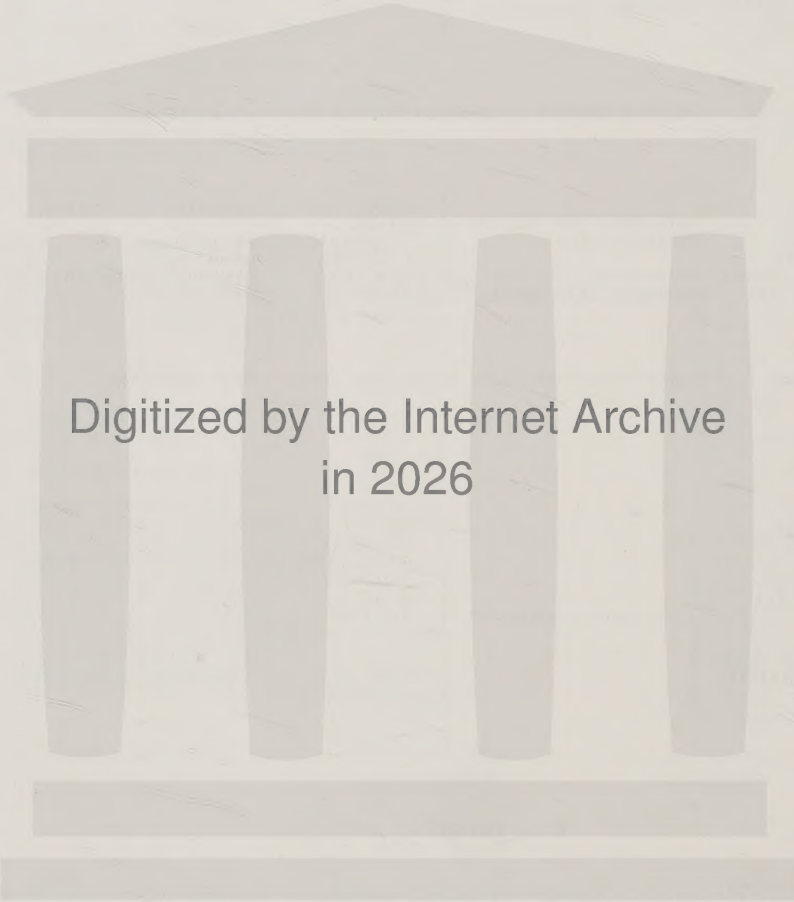
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT ...	
GATELLIER ...	
MOURE	
QUENU	
VELTER	} Clinique obstétricale
ECALLE	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEILL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554635_0061

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de ma profonde
affection filiale et de mon infinie
reconnaissance.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MA FEMME

ET

A MA FILLE

En témoignage de ma profonde
tendresse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommage respectueux.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
DE GAUDART D'ALLAINES

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a prodigué son
précieux enseignement au cours
de nos études.

En témoignage de notre profonde
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAUNAY
Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris

Dont nous avons été l'interne.
En témoignage de notre profonde
gratitude pour la bienveillance
qu'il nous a toujours prodiguée.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CATHALA
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALAJOUANINE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BENARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUENIOT
MONSIEUR LE DOCTEUR DARRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

A MES MAÎTRES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SUR UN CAS DE TUMEUR MIXTE DES GLANDES SALIVAIRES JUGALES

INTRODUCTION

Les notions de tumeur mixte, embryome, cylindrome, branchiome, sont entrées maintenant dans la clinique courante, et leur fréquence relative a contribué à leur étude détaillée et a suscité depuis 30 ans de nombreux travaux.

Mais, parmi ces tumeurs, il en est qui, par leur développement sur un appareil glandulaire de situation anatomique inconstante, sont d'une rareté assez grande ; nous voulons parler des tumeurs mixtes développées aux dépens des glandes salivaires jugales.

Ces tumeurs méritent en effet une mention spéciale, car, si par leur structure histologique et leur évolution clinique elles s'apparentent aux autres tumeurs mixtes, leur position anatomique les rend d'un diagnostic délicat.

Ayant eu, dernièrement, l'occasion d'observer chez une malade un cas de tumeur mixte au niveau des glandes molaires, il nous a paru intéressant de rechercher à ce propos l'état actuel de la question.

Nous avons donc cru utile de présenter ce cas inédit; aussi, après un rappel d'anatomie et d'em-

bryologie de la région molaire, nous présenterons notre observation et nous étudierons les travaux publiés antérieurement sur ce sujet.

Nous rappellerons ensuite les signes cliniques et le diagnostic de ces tumeurs, leur anatomie pathologique, leur histogénèse, et nous envisagerons en dernier lieu les modes de traitement applicables.

Nous n'aurons donc en vue dans ce travail, que les tumeurs mixtes des glandes jugales, laissant de côté l'étude des tumeurs mixtes des glandes salivaires principales et de la face.

I. — RAPPEL ANATOMO-EMBRYOLOGIQUE

Outre celui des trois paires de glandes salivaires principales, la cavité buccale reçoit le produit des sécrétions de nombreuses glandes salivaires accessoires qu'on peut répartir schématiquement en trois groupes principaux : les glandes palatines situées sous la voûte palatine, les glandes labiales situées sur la face postérieure des lèvres et les glandes jugales annexées à la muqueuse des joues.

Parmi ces dernières, il est un groupe qu'on rencontre assez fréquemment et qui par son individualité et sa fixité anatomique relatives, mérite une mention spéciale : c'est le groupe des *glandes molaires*, glandes salivaires groupées dans le voisinage de l'orifice d'abouchement du canal de Sténon, à la surface du muscle buccinateur, directement sous la muqueuse jugale ou, parfois même, mais rarement, dans l'épaisseur même du muscle. Disposées en traînée, chacune d'elles s'ouvre par un canal excréteur à la face libre de la muqueuse jugale.

Les rapports de ces glandes se font en dedans, directement avec le tissu sous-muqueux et la muqueuse jugale, et en dehors, par l'intermédiaire du muscle buccinateur avec :

1° Le canal de Sténon qui traverse le muscle buccinateur, et autour duquel elles sont groupées.

2° *En avant*, avec la veine faciale, les rameaux du nerf facial, qui se terminent dans cette région, et l'artère faciale qui traverse la région génienne en décrivant des sinuosités et gagne le sillon naso-génien.

3° *En arrière*, avec la boule grasseuse de Bichat, qui remplit une logette limitée par le masseter, le tendon du temporal et son aponévrose et le ptérygoïdien interne. Ce dernier rapport bien que médiat, par l'intermédiaire du buccinateur, a son importance dans la discussion du diagnostic d'une tumeur mixte des glandes molaires et du lipome de la boule grasseuse de Bichat.

Il faut noter également, la présence de nodules ganglionnaires inconstants, les *ganglions géniens buccinateurs*, placés sur la face externe de ce muscle et dont les vaisseaux sont tributaires des lymphatiques faciaux.

Ces ganglions font partie du groupe sous maxillaire du cercle ganglionnaire péricervical. Ces rapports ont également une grande importance dans la discussion du diagnostic d'une adénite génienne et d'une tumeur mixte molaire.

Le mode de formation des glandes molaires est intimement lié à l'embryologie des arcs branchiaux : le premier arc branchial — l'arc mandibulaire — donne naissance au bourgeon maxillaire supérieur, qui a la forme d'une ligne courbe, concave en haut,

unissant l'angle commissural des lèvres au tragus de l'oreille. De ce bourgeon dérivent des bourgeons secondaires, pleins, ectodermiques, qui s'enfoncent dans le mésenchyme et donnent naissance aux glandes molaires.

Le rappel de ces données a son importance, car elles rentrent en ligne de compte dans les théories qui expliquent la cytogénèse des tumeurs mixtes des glandes salivaires, comme nous le verrons plus loin.

II. — OBSERVATION PERSONNELLE

Madame C... a été opérée, en 1935, pour un DÉO-plasme rectal et son état actuel est satisfaisant.

Elle vient, en mai 1938, consulter le Professeur agrégé De Gaudart d'Allaines, pour une tuméfaction, visible et palpable, occupant la région jugale droite.

Cette tuméfaction dont elle ne peut préciser qu'approximativement la date d'apparition — cinq ou six mois au maximum — s'est développée progressivement depuis, sans aucun phénomène douloureux, la malade accusant uniquement une légère gêne à la mastication avec sensation permanente de corps étranger contre les arcades dentaires.

Examen.

La malade présente un bon état général ; l'examen local révèle :

A l'inspection, une tuméfaction qui siège sur une ligne unissant la commissure labiale au tragus de l'oreille droite, à deux centimètres et demi environ en arrière de la commissure. Son volume est celui d'un pruneau, mais elle fait une saillie à la face muqueuse de la joue plus accentuée qu'à la face cuta-

née. La peau de la joue au niveau de la tuméfaction ne présente aucun caractère spécial; par contre, l'examen de la muqueuse montre un aspect translucide, un peu jaunâtre, avec une légère hypervascularisation, un peu en avant et autour de l'orifice du canal de Sténon. Ces caractères se limitent à la zone correspondant à la tuméfaction.

A la palpation, la tumeur, peu mobilisable, n'est cependant adhérente ni en surface, ni en profondeur et on peut assez facilement faire glisser sur elle la peau et la muqueuse.

Elle est de consistance dure, d'une dureté assez homogène, spéciale, donnant l'impression de cartilage; la tumeur est lisse multilobée: on sent deux lobes séparés par un court collet légèrement rétréci, à la façon d'un arachide, l'ensemble est bien arrondi.

La palpation est indolore.

Par ailleurs, les autres examens sont normaux.

DIAGNOSTIC PRÉOPÉRATOIRE.

On a surtout à discuter deux possibilités:

1° *Une adénite génienne cancéreuse*: étant donné les antécédents de cancer du rectum opéré trois ans auparavant.

Mais une adénite génienne eût été moins sous-muqueuse, sa forme eût été moins lisse et elle eût été moins mobilisable sur les plans superficiels et profonds.

2° *Une tumeur mixte des glandes molaires* se basant sur les caractères suivants:

— siège sous-muqueux;

- siège salivaire, au voisinage, un peu en avant de l'orifice d'abouchement du canal de Sténon;
- tumeur facilement mobilisable sur les tissus avoisinants;
- tumeur bien encapsulée, de consistance cartilagineuse spéciale ;
- muqueuse de couleur jaunâtre.

En résumé : Tumeur mixte des glandes molaires pour laquelle on prévoit une extirpation par voie muqueuse.

Intervention (P^r d'Allaines).

Anesthésie générale au Mélange Schleich — (à la demande de la malade).

Dans la plupart des cas, l'intervention sous anesthésie locale à la novocaïne ou à la butelline est suffisante.

Incision par voie muqueuse, à un centimètre en avant de l'orifice d'abouchement du canal de Sténon.

On arrive immédiatement sur la tumeur dont la dissection est facile. Il existe, en effet, un bon plan de clivage entre elle et les tissus avoisinants.

Libération progressive, extirpation complète de la tumeur, capitonnage et fermeture de la loge.

Hémostase facile. Fermeture muqueuse.

Les suites opératoires furent très simples. La malade, vue depuis, est en bonne santé.

Examen macroscopique de la pièce.

La pièce opératoire se présente sous l'aspect d'une tumeur bien délimitée, bien encapsulée, un peu lobulée, de consistance non homogène.

Sa coloration est un peu inégale, bleutée par endroits, jaune chamois en d'autres.

Examen histologique (D^{sua} S. Dobkevitch).

Sur la coupe, on voit une tumeur dans laquelle *se présentent côte à côte et dans toutes les formes de transition* des aspects très variés de tissus.

On y trouve, en effet :

- Des formations cylindriques asineuses ;
- Des formations plus ou moins kystiques à revêtement cubique bas ;
- Des formations pavimenteuses allant jusqu'au globe corné ;
- Des cordons ou même des nappes de cellules indifférenciées ;
- Des formations myxoïdes ;
- Et, enfin, des zones riches en collagène dans lesquelles des amas cellulaires sont groupés dans des logettes, sans qu'on puisse parler de cartilage vrai.

En résumé : La variété et les transitions de tissus sont caractéristiques des tumeurs mixtes, sans qu'on puisse parler de malignité.

III. — TRAVAUX ANTERIEURS

L'examen histologique de la pièce opératoire confirmait les données cliniques et montrait que nous étions bien en présence d'une tumeur mixte des glandes salivaires jugales. Devant l'insuffisance des traités classiques sur cette question, nous avons recherché s'il n'existait pas, dans la littérature médicale, des observations semblables.

Mais, si les cas de tumeurs mixtes des glandes salivaires principales sont relativement fréquents, ceux des tumeurs mixtes des glandes salivaires accessoires sont plus rares.

En effet, d'une part, on trouve des cas de tumeurs mixtes développées aux dépens de glandes salivaires labiales : 7 cas dans la thèse de Collet (Paris, 1895), dont un avec envahissement ganglionnaire; d'autres aux dépens de glandes salivaires palatines : thèse de Nespoulous (Paris, 1938); d'autre part, les observations de tumeurs mixtes de la région jugale portent surtout sur des cas de tumeurs sous-cutanées développées dans le tissu cellulaire de la joue, et non aux dépens de l'appareil glandulaire sous-muqueux.

En effet, Peynet (thèse de Paris, 1927, sur les tumeurs mixtes de la face) décrit surtout des tumeurs mixtes jugales, dont certaines au voisinage du canal

de Sténon, non sous-muqueuses, donc non salivaires: observation d'une tumeur de la région jugale gauche, chez un jeune soldat, tumeur de la grosseur d'une noix, sans adénopathie, évoluant depuis cinq ans. Enucléation sous anesthésie locale; examen microscopique : tumeur mixte.

Lenormant observe un cas semblable chez une femme de 41 ans : tumeur indolente de la région jugale droite, apparue cinq ans auparavant; intervention à l'anesthésie locale. Examen microscopique : tumeur mixte.

Par contre, Leroux, dans son ouvrage sur « Les tumeurs mixtes des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales », ouvrage magistral sur la question, observe aussi un certain nombre de cas de tumeurs sous-muqueuses de la région jugale.

Il écrit notamment :

« Des tumeurs de constitution biologique absolument identiques aux tumeurs mixtes des glandes salivaires, peuvent naître aux dépens de formations glandulaires qui, si elles ne sont pas, pour la plupart, à proprement parler, salivaires, font partie d'un système glandulaire régional : le système bucco-pharyngé sous-muqueux... Au niveau de la cavité buccale en particulier, les tumeurs mixtes peuvent se développer au niveau de la face interne des joues. Il s'agit dans l'ensemble, de tumeurs à forme bigarrée à prédominance acino-canaliculaire basophile avec plages

myxo-chondroïdes, *absolument superposables à celles de la parotide et de la sous-maxillaire.* »

La littérature étrangère a publié également deux cas identiques :

Ansaldi, de Milan, rapporte, en 1931, dans « Il Policlino », un cas de tumeur mixte de la joue dérivée de glandes salivaires accessoires : tumeur sous-muqueuse, ablation à l'anesthésie locale. Examen histologique : tumeur mixte.

En Allemagne, H. Prolking a présenté, en juin 1933, dans les « Annales de Stomatologie », 3 cas de tumeurs mixtes des glandes salivaires jugales absolument superposables au nôtre.

De toutes ces publications et des cas de tumeurs mixtes des glandes salivaires principales qui leur sont identiques, on peut établir, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, une vue d'ensemble des tumeurs mixtes des glandes molaires.

IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Aspect macroscopique.

Les tumeurs mixtes des glandes molaires se présentent, en général, sous une forme arrondie ou bosselée de volume plus ou moins considérable (une noix, en moyenne).

Elles sont entourées d'une capsule qui les sépare de la glande elle-même et des tissus avoisinants. La coupe macroscopique montre un tissu d'aspect polymorphe où l'on aperçoit, ici, du tissu d'aspect glandulé; là, du tissu conjonctif, des zones cartilagineuses ou osseuses et souvent même des kystes à contenu osseux ou colloïde.

Histologie.

La tumeur est formée de tissus multiples, appartenant à la fois à la série épithéliale et à la série conjonctive.

D'où, la nécessité de prélever, pour l'examen microscopique, plusieurs fragments de la tumeur. Elle présente, suivant les points considérés :

1° Du tissu épithélial en traînée ou en amas, de différents types : tantôt, ce sont des cellules cylindro-cubiques rappelant les éléments glandulaires et for-

mant des acini; tantôt, des cellules épithéliales malpighiennes du type baso-cellulaire ou spino-cellulaire avec formation de globes cornés typiques ou atypiques.

2° Du tissu conjonctif commun jeune, fibro-blastique ou adulte avec fibres collagènes, souvent lâche, présentant l'aspect myxomateux ou encore l'aspect du tissu adipeux.

3° Du tissu cartilagineux souvent très abondant, hyalin ou étoilé, donnant à la tumeur l'aspect d'un véritable chondrome.

4° Du tissu ostéoïde ou même osseux adulte avec ostéoblastes, cellules osseuses, osseïne et formation de canaux de Havers.

Ces différents tissus, à toutes les phases de transition, se retrouvent dans des proportions variables dans ces tumeurs; aussi, peut-on, avec Leroux, individualiser schématiquement plusieurs types de tumeurs mixtes.

1° FORMES TYPIQUES FONDAMENTALES.

a) *Formes canaliculaires végétantes intra-canaliculaires.*

Formes à cellules cylindro-cubiques basophiles;

Formes à cellules cylindro-cubiques éosinophiles;

Formes cylindro-muqueuses mucipares;

Forme canaliculaire lobulée et cellules éosino et basophiles;

Forme canaliculaire lobulée et cellules basophiles seules.

b) *Formes acineuses* :

- alvéolaire à cellules claires;
- pseudo-cylindromateuse;
- cylindromateuse vraie;
- myxo-chondroïde.

c) *Formes acino-canaliculaires*.

2° FORMES ATYPIQUES.

a) *Forme d'allure atypique infiltrée*.

b) *Forme atypique déviée*.

- à déviation mucoïde;
- à déviation malpighienne;
- spino-cellulaire.

Travaux de Leroux.

L'étude analytique du Professeur Leroux porte sur 115 cas de tumeurs mixtes observées et montre que :

1° POUR LES ÉLÉMENTS ÉPITHÉLIAUX :

Quelle que soit la forme architecturale de la tumeur considérée, on peut réduire les éléments cellulaires épithéliaux, à 3 types principaux :

— Cellules cylindro-cubiques basophiles originellement indifférenciées, ou formes de régression de cellules éosinophiles.

Ces cellules subissent parfois une maturation malpighienne avec formation de globes cornés.

— Cellules cylindro-cubiques claires, formes de cellules différenciées à type muqueux.

— Petites cellules foncées :

« Nous les considérons, écrit le Professeur Leroux, comme un des premiers stades de destruction des éléments basophiles cylindro-cubiques, ce qui semble justifier l'absence fréquente de protoplasma et l'intensité des phénomènes de pyénose nucléaire. »

Les formes de dérivation sont constituées par :

- des cellules cylindro-mucipares;
- des cellules myo-épithéliales;
- des cellules malpighiennes du type spino-cellulaire à évolution épidermoïde (type de notre observation).

2° STROMA INTERSTICIEL.

Il comprend diverses formes :

- Fibroblastique,
- Mucoïde,
- Collagène,
- Hyalin,
- Chondroïde.

Mais cette systématisation est artificielle, ces types s'imbriquant, le plus souvent, dans une même tumeur.

L'interaction épithélio-conjonctive donne, aux tumeurs des glandes salivaires, une individualité parmi les épithélioma en général.

Sous l'influence d'une action des cellules épithéliales, il se produit une modification du tissu conjonctif et un déséquilibre de l'ensemble stroma-épithélium aboutissant à la disparition des membranes basales

plus ou moins nettes, qui séparent le tissu conjonctif proprement dit des éléments glandulaires.

« Nous avons pu nous convaincre, écrit le Professeur Leroux, que, parmi les effets de ce déséquilibre, la disparition fréquente des cellules conjonctives au sein des amas épithéliomateux et la raréfaction vasculaire, constituaient les phénomènes les plus importants, qui tiennent sous leur dépendance les autres remaniements de structure du stroma. »

En disparaissant, les cellules conjonctives laissent désertes des plages de substance fondamentale, où les cellules épithéliomateuses vont s'éparpiller et dégénérer, et ainsi se réalise un aspect dit « cartilagineux embryonnaire » non différencié. A un degré de plus, on peut observer de petits éléments plus ou moins arrondis, séparés du stroma par un espace clair, donnant l'impression d'une capsule.

Ces cartilages n'ont vraiment de cartilagineux qu'une ressemblance morphologique de peu de valeur.

Ainsi sont réalisés des types architecturaux, qui ne sont, sans doute, pas autre chose que ce qui a été décrit sous le nom d'endothéliome ou de cylindrome.

Les tumeurs mixtes ne sont donc, pour le Professeur Leroux, que des tumeurs à tissus multiples, dans le sens où on entend une dysembryoplasie... Ce ne sont pas des tumeurs à souches néoplasiques multiples, mais bien des épithélioma.

Et, cette affirmation nous conduit à une conclusion de conséquence importante tant au point de vue pro-

nostic que thérapeutique : à savoir que les tumeurs mixtes doivent être considérées comme des épithélioma.

V. — HISTOGENESE

Le groupe des tumeurs mixtes des glandes salivaires et avec lui celui des glandes molaires, est un de ceux dont l'histogénèse a suscité les conceptions les plus diverses et dont la formation embryologique est encore sujet à controverses. Le problème, évidemment difficile, est d'expliquer la multiplicité des formes des tissus épithéliaux et mésenchymateux qui, avec une proportion variable avec chaque tumeur, se combinent dans ces néoplasmes. Une donnée dominante est fournie néanmoins par cette considération, que ces tumeurs naissent dans une région où se produisent des remaniements embryologiques complexes.

A l'heure actuelle, cette question s'éclaircit et se limite; en effet, l'hypothèse selon laquelle les tumeurs mixtes des glandes salivaires sont d'origine conjonctive et, en particulier, la théorie endothéliale de Wolkman, selon laquelle ces néoplasies naissent aux dépens de l'endothélium vasculaire, est abandonnée : la présence d'éléments malpighiens et de globes cornés, la rendant inadmissible. Nous restons en présence de trois conceptions fondamentales.

I. — LES TUMEURS MIXTES DES GLANDES SALIVAIRES SONT DES NÉOPLASMES BRONCHIAUX.

Cunéo et Veau, en 1900, ont défendu cette origine

autrefois soupçonnée par Virchow et Malassez, pour certaines tumeurs de la parotide : il s'agissait de néoplasmes nés aux dépens de l'appareil branchial :

« On sait la multiplicité des tissus qui prenant part à la constitution de l'appareil branchial (cellules épithéliales, tissu cartilagineux, conjonctif jeune ou adulte), chacun de ces éléments peut entrer et entre le plus souvent dans la constitution de ces néoplasmes. »

Cette origine explique :

1° Le polymorphisme des tumeurs mixtes des glandes salivaires du type parotidien (glandes molaires).

2° Le siège de ces tumeurs dans une région à développement compliqué par de nombreux remaniements embryologiques, comme la région branchiale. Nous avons vu, en effet, que les glandes molaires sont situées sur le premier arc branchial, l'arc mandibulaire, et se forment à ses dépens.

3° La fréquence, fréquente du cartilage.

4° L'indépendance de ces tumeurs d'avec la glande au début de leur développement.

5° Leur évolution clinique lente.

6° Leur identité clinique et histologique, avec les autres tumeurs mixtes des glandes salivaires (parotide, sous-maxillaire, sublinguale).

7° Leur transformation tardive et brusque en néoplasmes malins, par germes épithéliaux aberrants, qui sont l'origine d'un cancer branchogène.

II. — LES TUMEURS MIXTES NAISSENT AUX DÉPENS
D'INCLUSIONS INTRA-GLANDULAIRES, DE CELLULES DU
BOURGEON EMBRYONNAIRE.

Wilms a récemment soutenu cette hypothèse. Les cellules incluses sont des cellules ectodermiques, puisque le bourgeon glandulaire est né de l'ectoderme jugal. Elles pourront donc, en proliférant tardivement, former à la fois des travées de cellules épithéliales pavimenteuses, d'une part, des cellules glandulaires du type salivaire, d'autre part. Wilms a montré l'existence de ces deux ordres d'éléments cellulaires dans les tumeurs mixtes. L'élément mésodermique de l'inclusion peut, à son tour, en se différenciant, former des tissus divers d'ordre conjonctif (Roux, Forge) : ces tumeurs sont des dysembryomes, et cette théorie nous explique également leur complexité cellulaire : intrication des éléments glandulaires et pavimenteux.

III. — LES TUMEURS MIXTES NAISSENT PAR MÉTAPLASIE.

Les deux théories précédentes tiennent un compte dominant de l'apparition des tumeurs mixtes dans une région à complexes remaniements embryologiques, et ont ce point de commun d'être strictement spécifistes. Avec Leroux et Roussy, en France; Ricker et Erich Krompecher, en Allemagne, est née une théorie non spécifiste qui semble, avec des variantes, réunir les suffrages de la majorité des observateurs.

C'est la *métaplasie*, c'est-à-dire la métamorphose pathologique des éléments adultes, qui expliquerait la diversité des tumeurs mixtes des glandes salivai-

res; diversité qui est leur caractère propre. Ces tumeurs seraient des épithélioma, nés de la glande elle-même, et, plus particulièrement, de ses canaux excréteurs. Or, ces mutations métaplasiques peuvent porter sur les deux souches distinctes, que comportent originellement les tumeurs mixtes : la souche conjonctive et la souche épithéliale glandulaire.

Cette interprétation séduisante et qui explique bon nombre de tumeurs mixtes des glandes salivaires, laisse subsister toutefois des points obscurs :

Sur le terrain même de l'histogénèse, cette transformation myxoïde cartilagineuse et conjonctive de cellules épithéliales est contraire aux idées classiques.

Sur le terrain clinique, des objections peuvent être formulées : Pourquoi ces métamorphoses de la souche épithéliale, ne s'observent-elles pas dans d'autres cancers glandulaires : le cancer du sein, par exemple?

Enfin, le caractère clinique de ces tumeurs, leur évolution au ralenti et le volume énorme qu'elles atteignent parfois (celui d'une tête fœtale dans un cas de tumeur mixte de la parotide), n'est pas le fait habituel des épithélioma, mais s'observent dans les inclusions embryonnaires.

En résumé : Les trois théories précédentes sont à retenir, car si chacune laisse encore des points obscurs, elles expliquent dans l'ensemble le mode de formation et l'évolution anatomo-clinique des tumeurs mixtes des glandes salivaires, en accord avec la plupart des cas observés.

VI. — ETUDE CLINIQUE

Les tumeurs mixtes des glandes molaires se rencontrent avec une égale fréquence chez les individus des deux sexes, le plus souvent à l'âge moyen : Kirmisson note cependant un cas de tumeur mixte parotidienne chez une fillette de 6 ans. L'unilatéralité de la tumeur est de règle.

Le début de l'affection est insidieux et la tumeur évolue d'abord d'une façon lente et silencieuse.

C'est d'abord un petit nodule arrondi « comme un ganglion » qui apparaît sous la muqueuse jugale et qui grossit progressivement.

Son siège est celui des glandes molaires, aux environs de l'orifice d'abouchement du canal de Sténon, immédiatement sous la muqueuse.

Les phénomènes subjectifs apparaissent, concurremment à ce stade et amènent le plus souvent le malade à consulter. Ils consistent en une légère gêne à la mastication, avec sensation permanente de corps étranger contre les arcades dentaires.

A la période d'état, deux ou trois mois environ après, la tumeur atteint le volume d'une noisette.

L'inspection montre :

Une peau normale, légèrement soulevée.

La muqueuse soulevée au niveau du canal de Sténon est parfois hypervascularisée, le plus souvent jaunâtre et d'aspect chagrinée.

La palpation fournit des caractères négatifs et positifs importants :

Les premiers, consistent en la mobilité relative de la tumeur, qui n'adhère ni en surface, ni en profondeur. La peau et la muqueuse glissent facilement sur elle. Les seconds, sont : la consistance dure, homogène, spéciale, de la tumeur; sensation cartilagineuse; et la forme arrondie, lisse, bien encapsulée, unie ou plurilobée.

Le diagnostic positif se fait donc, en résumé, sur les caractères suivants :

1° Siège sous-muqueux : aspect spécial de la muqueuse, dureté cartilagineuse à la palpation, tumeur mobilisable et bien encapsulée.

2° Siège salivaire : au voisinage de l'orifice d'aboutissement du canal de Sténon.

Diagnostic différentiel.

Il est surtout à faire avec les affections localisées dans la zone avoisinant les glandes molaires.

En effet, on n'aura guère à discuter la possibilité d'un :

— *Lymphangiome sous-cutané* de la joue ou d'un *hémangiome* : tumeurs plus superficielles, de consistance molle, pâteuses, toujours étalées et à contours peu précis.

— *L'angiome sous-cutané* de la joue est, lui aussi, superficiel, érectile, turgescant, la peau de la joue

est de coloration bleuâtre, son développement est parfois monstrueux et ses limites peu nettes.

— *Les fibro-chondromes* branchiaux, siégeant sur la ligne commissure-tragus, le plus souvent au voisinage du tragus; plus rares, grosses comme un grain de mil, ces tumeurs « embryomes bénins », sont pédiculées et indolores.

Par contre, les affections suivantes sont d'un diagnostic plus délicat :

— *Lipone de la boule graisseuse de Bichat* : mais son siège est sur le bord supérieur du masseter, il est séparé de la muqueuse par le muscle buccinateur et sa consistance molle, pseudo-fluctuante, est caractéristique.

— *L'adénite génienne* cancéreuse ou inflammatoire : ces adénites ne sont pas non plus sous-muqueuses, elles sont moins lisses et plus dures, leur volume est moins considérable, leur examen est plus difficile et, surtout, elles sont peu mobilisables sur les tissus avoisinants.

— *La gomme syphilitique* : ressemble morphologiquement à la tumeur mixte, mais son évolution est plus rapide et elle n'arrivera jamais à un volume aussi considérable, sans que la muqueuse fasse corps avec elle, rougisse et s'ulcère.

A la période d'ulcération, le diagnostic différentiel est à faire avec toutes les ulcérations de la face interne des joues : syphilis, néo-ulcéré, fistule, etc.,

VII. — EVOLUTION — PRONOSTIC

Non traitée, comment cette tumeur va-t-elle évoluer ? Cette évolution, comme pour toute tumeur mixte des glandes salivaires, peut se schématiser en deux phases :

1° *Phase de crudité* : Pendant une période plus ou moins longue et qui, dans certains cas, peut s'étendre sur huit à dix ans, la tumeur s'accroît lentement de volume, jusqu'à atteindre des proportions énormes, repoussant la muqueuse contre les arcades dentaires, et déformant la joue au point de simuler parfois un angiome sous-cutané.

2° Puis, dans une seconde phase, dite *phase d'activité*, succédant à la première, un ou deux ans en moyenne, la tumeur s'accroît brusquement, adhère aux plans profonds et à la muqueuse qui s'ulcère. Cette ulcération de la muqueuse est d'ailleurs, dans le cas de tumeur mixte des glandes molaires, plus précoce que dans les tumeurs mixtes des glandes parotides ou sous-maxillaires, car elle est favorisée par l'usure mécanique de la muqueuse, par les dents et par les nombreux petits traumatismes lors de la mastication.

A ce stade d'activité, les phénomènes subjectifs sont internes. La gêne à la mastication est très grande,

la salivation du côté malade est gênée, presque abolie, et la douleur par traumatisme de la muqueuse rend les repas encore plus pénibles.

L'ulcération de la muqueuse, fistulisant la tumeur, est d'un pronostic fâcheux, car elle favorise l'infection de la tumeur et sa transformation maligne secondaire.

Cette transformation maligne d'une tumeur mixte des glandes molaires était considérée auparavant comme une éventualité exceptionnelle, et en cela les tumeurs molaires semblaient s'opposer aux tumeurs mixtes de la parotide ou de la sous-maxillaire.

En effet, et les quelques observations cliniques connues sont là pour confirmer ce fait, la tumeur mixte molaire, histologiquement bénigne, récidive rarement, si elle est traitée précocement et radicalement.

Mais, non traitée, il n'est pas impossible qu'elle suive, comme les travaux récents de Leroux semblent le confirmer, l'évolution des tumeurs mixtes en général.

Pour ces dernières, en effet, le Professeur Duval observe quatre récidives sur cinq cas traités : une, sur place, au bout de huit ans; deux autres, au bout de cinq ans, avec généralisation.

Charbonnel et Chabe, de Bordeaux, citent un cas de tumeur mixte sous-maxillaire opérée, avec récidive locale et métastase au niveau de la première lombaire.

En effet, pour les tumeurs mixtes, les métastases et les envahissements ganglionnaires, s'ils sont très rares, n'en existent pas moins.

Cette rareté des adénopathies se retrouve d'ailleurs dans les épithélioma salivaires les plus typiques et — fait digne de remarque — on ne peut donc invoquer l'absence quasi absolue d'adénopathies au cours de l'évolution des « tumeurs mixtes », comme une preuve de bénignité.

D'ailleurs le Professeur Leroux conclut lui aussi :

« Nous avons cependant observé des cas de métastases et d'envahissement lympho-ganglionnaires. En présence de tels faits, il est difficile de nier la malignité de telles tumeurs. »

En résumé : Le pronostic des tumeurs mixtes des glandes molaires est intimement lié à celui des tumeurs mixtes des autres glandes salivaires, mais est grandement modifié par les possibilités thérapeutiques.

VIII. — TRAITEMENT

Dès que le diagnostic a été établi, le seul traitement applicable aux tumeurs mixtes des glandes molaires est l'intervention chirurgicale, exérèse précoce et totale de la tumeur.

En effet, dans le cas de tumeur mixte molaire, l'intervention n'est pas limitée par des complexités anatomiques comme pour les tumeurs parotidiennes où la nécessité de préserver la carotide externe, et autant que possible, le facial oblige le plus souvent à une simple énucléation qui favorise la récurrence.

L'exérèse totale de la glande et de la tumeur, par voie muqueuse, sous anesthésie locale à la novocaïne ou à la butelline, est applicable, avec dissection de la loge glandulaire.

Après hémostase, capitonnage et fermeture de la loge et fermeture muqueuse.

Une récurrence, peu probable, serait justiciable d'applications radiothérapeutiques.

CONCLUSIONS

I. — De même qu'au niveau des glandes salivaires principales, peuvent naître, aux dépens des glandes salivaires jugales, les glandes molaires, des tumeurs mixtes, dont nous présentons un cas inédit.

II. — Ces tumeurs, histologiquement composées de tissus épithéliaux malpighiens et glandulaires et de tissus conjonctifs commun et différencié, ne présentent au microscope aucun élément de malignité.

III. — Apparaissant dans une région à remaniements embryologiques importants, leur origine — branchiale, par inclusion intraglandulaire de bourgeons ectodermiques, ou par métaplasie — est encore discutée.

IV. — D'un diagnostic délicat, car situées dans une région où peuvent apparaître des affections qui les simulent, elles se reconnaissent aux caractères spéciaux de la muqueuse et à leur consistance cartilagineuse.

V. — Leur pronostic, lié à celui des tumeurs des glandes salivaires principales, doit être par consé-

quent réservé, comme le montrent les récents travaux de Leroux, mais la possibilité d'une exérèse totale et précoce de la glande et de la tumeur le modifie heureusement.

Vu :

LE DOYEN :
TIFFENEAU.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEZAIS et PEYRON. — Sur le mode de développement des tumeurs mixtes et des cylindromes de la face. Paris, 1921.
- Développement d'éléments conjonctifs aux dépens d'éléments épithéliaux dans les tumeurs de la face. *Soc. de Biologie*, 1909.
- ANSALDI. — Tumeur mixte de la joue dérivée de glandes salivaires accessoires. *Il Policlinico*, juillet 1921.
- BENDER. — Cylindre de la face récidivé. *Bulletin Société Anat.*, Paris, 1903.
- BRUNSCHWIG. — Tumeurs mixtes de la langue et de la glande sublinguale. *Surgery, gynec. and Obstetrics*, 1930.
- CAUSSE. — Les tumeurs mixtes de la parotide. *Annales d'Oto-Laryngologie*, janvier 1931.
- CHEVASSU. — Tumeur de la glande sous-maxillaire. *Revue de Chirurgie*, 1910.
- COLLET. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires des lèvres. *Thèse*, Paris, 1895.
- DECHAUME. — De la résection totale du maxillaire supérieur dans le traitement des tumeurs malignes. *Thèse*, Lyon, 1927.
- DILLAUGE. — Contribution à l'étude des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. *Thèse*, Paris, 1923.
- DUVAL et REDON. — Extirpation totale ou subtotale de la parotide avec conservation de la branche supérieure du facial dans les tumeurs dites mixtes de la parotide. *Journal de Chirurgie*, 1932.

- ESCHWEILER. — Cystic changes of malignant sublingual mixed tumor case. *Ztschr. of Laryng.*, 22.36, 39, 1931.
- FAVRE-JOSSERANT et MARTIN. — *Nouvelle Pratique Dermatologique*, 1936, VI, p. 738.
- FRAUSSEN. — Tumeurs mixtes de la face et du palais. *Ann. d'Anatomie pathol.*, t. XI, N° 3, mars 1934.
- FREY. — Structure et origine des tumeurs mixtes des glandes salivaires. *British Journal of surgery*, octobre 1927.
- FUMAGALLI. — Le cognizioni attuali intorno all'istogenesi dei tumori misti delle ghiandole salivari. *Esp. Maggiore*, janvier 1931.
- GORIS. — Cylindrome énorme de la face et des sinus. XXVI^e Congrès annuel Société Belge O. R. L., Bruxelles, 1920.
- GOSSET, BERTRAND et FUNCK-BRENTANO. — Les tumeurs mixtes de la sous-maxillaire. *Journal de Chirurgie*, août 1932.
- GUIDDA. — Sur le traitement chirurgical associé au radium et à la radiothérapie dans les cylindres du voile. *Cultura Medica Moderna*, Palerme, 1929, t. 8.
- HEUILLY et BÖCKEL. — Une forme rare de tumeurs des glandes salivaires : cylindrome de la glande sublinguale. *Revue de Chirurgie*, 1911, XLIII, p. 468.
- KORNBLITH. — Malignancy of so called mixed tumors. *Arch. Anatomie Pathol.*, 1932.
- KREIBIG. — Unusual localisation of tumors having structure of mixed tumors of salivary glands, 2 cases. Francfort, 1931.
- KUSE. — Histogenesis of so called mixed tumors. *Arch. Anat. Pathol.*, 1931.

- LECÈNE. — A propos des tumeurs mixtes de la face. Deux cas de dysembryomes conjonctivo épithéliaux sous-cutanés au niveau du sillon nasogénien. *Bulletin du Cancer*, 20 janvier 1919.
- LEMAÎTRE (Y.) — Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. *Thèse*, Paris, 1936.
- LENORMANT. — Les tumeurs mixtes de la joue et des lèvres. *Revue de la Chirurgie*, 1908.
- LEROUX (R.). — A propos de tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Bulletin du Cancer*, janvier 1926.
- Tumeurs épithéliales de la parotide. Discussion pathogénique. *Annales d'Anat. Pathol.*, 1928.
- LEROUX (R.) et LEROUX (Robert) (7). — Essai de classification architecturale des tumeurs des glandes salivaires. *Bulletin du Cancer*, t. XXIII, N° 4, mai 1934.
- Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des autres formations glandulaires cervico-faciales. *Annales d'Oto-Rhino.*, 1936, N° 2, p. 113
- MAC FARLAND. — Etude de 135 cas de tumeurs parotidiennes. *Surg. Gynec. et Obst.*, juillet 1933.
- MASSON. — Spécificité cellulaire et tumeur mixte. *Bulletin du Cancer*, avril 1914.
- MÉNÉTRIER et PEYRON. — Quelques considérations sur l'histogénèse et l'origine des tumeurs parabuccales mixtes. *Bulletin du Cancer*, t. XI, N° 8, novembre 1922.
- MERRIT. — Tumeurs mixtes de la parotide. *American Journal of Roetgen*, avril 1931.
- MOULONGUET (P.) et PEYNET. — Des tumeurs mixtes de la face. *Annales d'Anat. Pathol.*, décembre 1927.
- NESPOULOUS. — Contribution à l'étude des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires de la muqueuse palatine. *Thèse*, Paris, 1938.

- MONTIER et REDON. — Evolution anatomo-clinique des tumeurs parotidiennes. Conclusions chirurgicales. *Journal de Chirurgie*, 1933, p. 44.
- NOOSTEN et VOS. — Parabuccal mixed tumors specially cylindromas of the maxillary sinus. *Acta Ot. Rhino*, XXI, N° 1, p. 127.
- PATEY. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires. *British Journ. Surgery*, Bristol, octobre 1930.
- PROLKING. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires dans la région de la face, 3 cas. *Ztschr of Stomatol.*, juillet 1933.
- PEYNET. — Tumeurs mixtes de la face. *Thèse*, Paris, 1927.
- PITANCE. — Etude des tumeurs mixtes du voile du palais. *Thèse*, Paris, 1897.
- QUÉNU. — Art. tumeurs, in *Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus, Paris, 1897.
- ROUSSY. — *Précis d'Anatomie pathologique*, 1934.
- ROUSSY et LEROUX. — Diagnostic des tumeurs, 1934.
- STELLA. — Cylindromes en oto-rhino-laryngologie. *Bulletin Soc. Belge d'Otologie*, 1923, N° 4.
- THEODORESCO. — A propos des cancers de la joue. *Presse Médicale*, 19 décembre 1934.
- TIBEAUDEAU et BURKE. — Etude histologique des tumeurs des glandes salivaires. *Journal Cancer reseach*, août 1930.
- VERHOEFF. — Mixed tumor of the lacrymal and salivary glands. *Verh Dtsch, Natinforsch*, Heidelberg, 1889.

TABLE DES MATIERES

Introduction.	9
I. — Rappel Anatomo-Embryologique	11
II. — Observation personnelle	14
III. — Travaux antérieurs	18
IV. — Anatomie pathologique	21
V. — Histogénèse.	27
VI. — Etude Clinique.	31
VII. — Evolution. Pronostic.	34
VIII. — Traitement.	37
Conclusions.	38
Bibliographie.	40

